



377876
INTERCÂMBIO

Número do Paciente 405414		Data de Nascimento 17/09/2002		Data de Análise 20/09/2020		Status CONCLUÍDO		Número de Atendimento 782954		Data de Análise de Saúde 15/09/2020	
Nome do Paciente GILMARIA FERRARI Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento BEATRIZ DE CASTRO ROQUE Nome do Profissional de Saúde BEATRIZ DE CASTRO ROQUE Nome do Profissional de Saúde BEATRIZ DE CASTRO ROQUE											
Endereço do Paciente Rua... Número... Bairro... Cidade... Estado... CEP...											
Endereço do Profissional Responsável pelo Tratamento Rua... Número... Bairro... Cidade... Estado... CEP...											
Descrição do Tratamento 1. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 2. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 3. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 4. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 5. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 6. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 7. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 8. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 9. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 10. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 11. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 12. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 13. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 14. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 15. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 16. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 17. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 18. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 19. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 20. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1											
Descrição do Tratamento (Continuação) 21. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 22. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 23. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 24. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 25. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 26. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 27. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 28. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 29. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1 30. 0 0 2 0 2 5 2 4 9 2 0 2 0 0 0 0 3 4 0 1											
Observações O paciente não compareceu para o tratamento, sendo o mesmo cancelado. A próxima consulta será em 15/10/2020.											
Assinatura do Paciente _____ Assinatura do Profissional Responsável pelo Tratamento _____ Assinatura do Profissional de Saúde _____											